

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1546/2017

ATAS/324/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 avril 2018

2^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CHÊNE-BOURG

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, Genève

intimé

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Maria COSTAL et Christian PRALONG,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant turc né en 1976, a travaillé dans la restauration dès l'âge de 16 ans.
2. Une IRM du 3 décembre 2008 a mis en évidence une protrusion discale modérée L4-L5, sans image d'hernie discale ni sténose des canaux radiculaires, et un léger pincement des disques intervertébraux L5-S1 avec petite hernie discale extra-foraminale gauche, responsable d'une sténose de la partie externe du canal radiculaire.
3. Dans trois rapports établis entre décembre 2009 et février 2010 à l'attention de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, le docteur B_____, médecin traitant de l'assuré, a diagnostiqué une protrusion discale L4-L5 et L5-S1, une lombalgie invalidante et une lombosciatalgie droite. L'incapacité de travail était totale depuis le 20 octobre 2009. Un essai de reprise du travail s'était soldé par un échec, et une hospitalisation était prévue en mars 2010.
4. En date du 26 mars 2010, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant une hernie discale.
5. Dans un rapport du 30 avril 2010, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine générale, a diagnostiqué des lombalgies droites sans syndrome radiculaire depuis environ deux ans, lesquelles étaient sans effet sur la capacité de travail de l'assuré. La mobilisation du rachis était très difficile et le pronostic était sombre. Au plan biomécanique et neuromusculaire, l'assuré pouvait travailler. Ce médecin n'a retenu aucune limitation fonctionnelle.
6. Dans un rapport du 29 avril 2010, le docteur D_____, médecin au Service de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a posé le diagnostic de lombosciatalgies communes chroniques avec épisodes d'exacerbation à répétition depuis 2008, avec répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Une reprise à 50 % avait été prescrite début avril 2010, avec un passage à 100 % 15 jours plus tard. L'assuré devait pouvoir changer fréquemment de position. Il devait éviter le port de charges lourdes de manière répétitive et les travaux en porte-à-faux. Il était probable que son emploi de serveur ne respecte pas ces limitations. Le Dr D_____ a notamment joint les documents suivants :
 - rapport établi par ses soins le 14 avril 2009, diagnostiquant des lombosciatalgies communes chroniques. L'assuré avait des douleurs mécaniques qui s'étaient exacerbées en septembre 2008. Il avait désormais une irradiation sur la face latérale du membre inférieur droit. Il était très démonstratif, avec de nombreux comportements d'évitement. Une limitation très douloureuse dans toutes les directions était retrouvée à l'examen clinique. Il n'existait pas d'argument en faveur d'un syndrome radiculaire. L'imagerie retrouvait une hernie discale extra-foraminale L5-S1 gauche qui ne pouvait en aucun cas expliquer des

symptômes, qui n'étaient par ailleurs pas diagnostiques d'un syndrome radiculaire ;

- rapport des médecins du programme dos Prodiges des HUG du 20 avril 2010, notant que l'assuré avait suivi ce programme avec constance et attention. Le gainage et l'amélioration de la fonctionnalité étaient en cours d'acquisition. La lenteur de la progression semblait avant tout liée à des difficultés pour reconnaître ses limites. Néanmoins, des progrès avaient été réalisés et l'assuré, très volontaire, avait tenu à reprendre son travail à 50 % dès le 1^{er} avril 2010.
7. Dans le questionnaire rempli le 1^{er} juin 2010, l'employeur a indiqué que l'assuré travaillait en qualité de garçon de buffet depuis le 1^{er} avril 2005. Il a précisé que ce dernier était un grand travailleur et ne ménageait pas sa peine. Il percevait un salaire annuel de CHF 49'400.- et son horaire quotidien était de 8 heures 40.
 8. Une IRM lombaire du 2 juin 2010 a révélé des discopathies L4-L5 et L5-S1, modérément protrusives, sans évidence de conflit neurologique. Le disque L5-S1 réalisait plutôt une protrusion de type foraminal et extra-foraminal gauche, alors que la symptomatologie exprimée se situait du côté droit.
 9. Le 3 juin 2010, la doctoresse E_____, spécialiste FMH en médecine interne, a diagnostiqué des lombosciatalgies chroniques communes avec incidence sur la capacité de travail de l'assuré, et une hypercholestérolémie sans effets sur sa capacité de travail. L'incapacité de travail avait été totale du 1^{er} au 26 mars 2010, de 50 % du 26 mars au 14 avril 2010 et à nouveau de 50 % depuis le 27 mai 2010. Il n'y avait pas de mesures médicales susceptibles d'améliorer la situation. Cette praticienne a invité l'OAI à lui donner son avis sur le maintien ou non de l'incapacité de travail de l'assuré, qui disait ne plus pouvoir poursuivre son activité.

Les limitations fonctionnelles signalées étaient les suivantes : pas d'activité uniquement assis ou debout, exercée en se penchant ou à genoux, pas de déplacement sur sol irrégulier. Le port de charges était limité à 10 kg.
 10. Dans son rapport du 4 juin 2010, le Dr B_____ a diagnostiqué avec incidence sur la capacité de travail des lombalgies, lombosciatalgies droites, une protrusion discale L4-L5 et une petite hernie discale L5-S1. L'assuré présentait en outre une hypercholestérolémie et une parasitose intestinale traitée, sans répercussions sur sa capacité de travail. Revenant sur l'historique médical de l'assuré, qui avait changé de médecin, le Dr B_____ a indiqué qu'il pensait que son insistance à lui faire reprendre le travail avait détérioré leur relation. Selon le Dr B_____, l'assuré pourrait travailler à 100 % dans une activité adaptée, sans port de charges de plus de 10 kg ni flexions du tronc ou travail dans le froid et dans l'humidité.
 11. Le 21 juillet 2010, l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie a invité l'assuré à rechercher un emploi approprié à ses limitations, en précisant qu'elle verserait les indemnités journalières jusqu'au 31 octobre 2010.

12. Dans un certificat du 10 août 2010, la Dresse E_____ a attesté d'une incapacité de travail totale du 9 au 15 août et de 50 % du 16 au 30 août 2010. La capacité de travail serait totale dès le 31 août 2010.
13. Le 1^{er} septembre 2010, l'OAI a communiqué à l'assuré qu'il prenait en charge des cours de français dans le cadre de la détection précoce.
14. L'OAI a confié une expertise au docteur F_____, spécialiste FMH en rhumatologie. Dans son rapport du 6 décembre 2010, ce médecin a résumé le dossier de l'assuré et rappelé le contenu des documents d'imagerie. L'assuré avait été licencié au 30 septembre 2010 et était depuis inscrit au chômage. Il souhaitait bénéficier d'un reclassement professionnel. Il se plaignait de douleurs lombaires droites irradiant dans le membre inférieur droit et remontant le long de l'abdomen jusqu'au milieu du thorax. La position assise augmentait les douleurs. La marche était pénible. Les douleurs étaient également présentes la nuit. À l'issue de l'examen clinique, le Dr F_____ a retenu les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies droites communes sur des discopathies L4-L5 et L5-S1, depuis 2006. Les douleurs s'étaient installées à la suite d'une chute dans les escaliers. En 2008, l'assuré avait connu une recrudescence des douleurs. Le Dr F_____ retenait que le status était parfaitement normal, seule une rétraction des ischio-jambiers était relevée. Le travail de garçon de buffet nécessitait de porter de lourdes charges plusieurs fois par jour. L'assuré devait descendre à la cave et remonter avec des bouteilles. Il devait également se pencher à de multiples reprises et faire des mouvements de torsion du rachis. L'expert pouvait admettre que cet emploi provoque les douleurs décrites par l'assuré, qui avait essayé à plusieurs reprises de reprendre son travail avant de nouvelles rechutes. La capacité de travail pouvait être considérée comme nulle comme garçon de buffet. Dans un emploi sans port de charges supérieures à 10 kg et sans mouvements répétitifs de flexion du rachis, la capacité de travail était entière depuis avril 2010.
15. Dans un avis du 6 janvier 2011, le docteur G_____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a conclu à l'inexigibilité de l'activité habituelle. Toutefois, une activité adaptée épargnant le rachis était possible à plein temps, théoriquement depuis toujours.
16. L'assuré a suivi un bilan pour l'évaluation « Métiers » auprès des établissements publics pour l'intégration (ci-après : EPI) du 13 mai au 10 juin 2011. Le rapport du 27 juin 2011 a conclu que l'assuré s'était plaint de douleurs physiques tout au long de la mesure, ce qui l'avait parfois amené à entrecouper ses journées de pauses additionnelles. Il se plaignait régulièrement de fatigue en cours de journée, et sa résistance physique et nerveuse était amoindrie. Il avait régulièrement dû faire face à une baisse d'attention, ce qui conduisait parfois à des résultats partiels. Manquant quelques fois de systématique, il n'avait pas toujours opté pour la méthode la plus efficace et avait eu recours à de nombreuses aides tout au long des travaux entrepris. Les activités de motricité fine avaient donné lieu à des plaintes

supplémentaires. Malgré un intérêt certain pour l'outil informatique, les connaissances actuelles de l'assuré ne permettaient pas d'envisager un usage professionnel rapide. Son niveau de français lui permettait de comprendre les consignes orales, mais il s'était avéré limité pour la compréhension des consignes écrites et la saisie de textes. Ses capacités d'apprentissage avaient été dégradées par une baisse fréquente d'attention. Le temps de réalisation était élevé dans la plupart des activités entreprises. Le taux de rendement mesuré en atelier s'élevait à 50 %. En termes de comportement social et professionnel, l'assuré s'était parfaitement intégré dans le groupe et avait pleinement répondu aux attentes. L'évaluation révélait que l'assuré était actuellement éloigné du marché primaire de l'emploi et qu'il devrait être orienté vers le marché secondaire de l'emploi. L'assuré s'estimait quant à lui éloigné du marché de l'emploi.

17. Dans son rapport du 11 juin 2011, le docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a posé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique apparu en 2010, avec à l'avant-plan une apathie, une tristesse et une baisse de l'estime de soi. L'assuré présentait une hypomimie, une pâleur, une prostration, une augmentation importante du temps de latence pour répondre aux questions, un ralentissement psychomoteur important et une tension intérieure. Subjectivement, il décrivait une humeur dépressive sévère, une anhédonie, une bradypsychie, un accablement, une insomnie, des cauchemars et réveils nocturnes, une fatigue, une apathie, une diminution de l'appétit, de l'anxiété, une appréhension et des ruminations anxieuses, des angoisses, une baisse de l'estime de soi, un sentiment de honte, des difficultés de concentration et de mémoire, des polyalgies chroniques invalidantes et un pessimisme. Le pronostic était incertain. L'incapacité de travail était totale depuis octobre 2010, à vérifier avec le généraliste.
18. Une IRM lombaire du 24 octobre 2011 a mis en évidence une dégénérescence discale L4-L5 et L5-S1, une discrète protrusion discale L4-L5 sans conflit radiculaire, une hernie discale L5-S1 foraminale gauche, en contact avec la racine L5 dans son trajet surtout extra-foraminal, et une arthrose interapophysaire postérieure ne provoquant pas de rétrécissement canalaire ou foraminal.
19. Le 25 janvier 2011, le Dr H_____ a qualifié l'état de santé de stationnaire.
20. Une IRM lombaire du 20 février 2012 s'est révélée dans la norme, sans discopathie significative.
21. Dans un rapport du 24 février 2012, le docteur I_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a indiqué avoir vu l'assuré lors d'une unique consultation. Ce dernier se plaignait d'une aggravation des douleurs lombaires depuis août 2011. Il décrivait des lombalgies basses avec une irradiation dans la face latérale du membre inférieur droit jusqu'au cou-de-pied, et des douleurs constantes comme des sensations de tiraillements associées à des paresthésies du pied, avec une impression de baisse de force. Les résultats de l'IRM d'octobre 2012 semblaient superposables aux

précédents examens. Toutefois, il n'y avait aucune explication pour les douleurs dans la jambe droite.

22. Le 27 février 2012, l'assuré a consulté la doctoresse J_____, médecin au Service de neurochirurgie des HUG. Dans son rapport du 13 mars suivant, elle a diagnostiqué une radiculopathie S1 droite, sans corrélat à l'IRM. Les douleurs étaient importantes à l'examen neurologique. Il n'y avait pas d'indication opératoire.
23. Le 15 mars 2012, le centre Intégration pour tous (ci-après : IPT) a rapporté que l'assuré avait suivi un stage d'observation, lequel avait mis en valeur ses compétences et sa motivation. Les responsables du stage avaient été entièrement satisfaits de l'assuré mais ils n'avaient pas la possibilité d'engager un nouveau collaborateur. Néanmoins, l'assuré avait beaucoup souffert pendant le module. Il n'avait pas pu se mobiliser comme il le souhaitait et poursuivre la validation. L'assuré pourrait retrouver un travail en qualité d'employé de conditionnement et d'employé polyvalent léger. En revanche, compte tenu des limitations fonctionnelles et de ses douleurs, une reprise du travail à court terme était difficilement envisageable.
24. Dans un rapport du 20 mars 2012, le docteur K_____, spécialiste FMH en radiologie, a noté que la symptomatologie prioritaire semblait discogène, avec également un problème facettaire ou sacro-iliaque. Le Dr K_____ proposait de réaliser trois blocs de la douleur.
25. Le 28 mars 2012, l'assuré a subi une arthrographie épidurale postérieure L4-L5.
26. Dans un rapport du 31 mars 2012, la doctoresse L_____, spécialiste FMH en médecine interne, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de syndrome radiculaire irritatif L5-S1 droit sur hernie discale L4-L5 sans conflit radiculaire et hernie discale L5-S1 gauche, de suspicion de syndrome d'apnées du sommeil, et de troubles du sommeil dans un contexte anxio-dépressif. Les diagnostics sans effet sur la capacité de travail étaient une hypovitaminose D substituée et un status post rhinoplastie le 1^{er} décembre 2011. L'assuré avait récemment subi une infiltration. Sa capacité de travail était nulle depuis le 19 septembre 2011. La lombosciatalgie entraînait les limitations fonctionnelles suivantes, valables depuis 2008 : pas d'activités uniquement en position assise ou debout, pas d'activités dans différentes positions, pas d'activités exercées principalement en marchant, en se penchant, avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux, en rotation en position assise ou debout, et pas de port de charges de plus de 2 kg.
27. Le 10 avril 2012, l'assuré a subi une arthrographie épidurale postérieure L4-L5 et L5-S1.
28. Dans son rapport du 1^{er} mai 2012, la Dresse L_____ a signalé que l'état de l'assuré était stationnaire. Les infiltrations réalisées en mars et avril 2012 n'avaient pas permis d'observer d'amélioration.

29. Le 18 juillet 2012, la Dresse L_____ a attesté d'une incapacité de travail totale dès le 4 juillet 2012 en raison d'un accident.
30. L'IRM lombaire réalisée le 24 octobre 2012 a révélé une dégénérescence discale L4-L5 et L5-S1, une protrusion discale foraminale gauche L4-L5 sans contrainte sur les racines sous-jacentes, une hernie discale foraminale gauche L5-S1 de faible épaisseur en contact avec la racine L5 dans son trajet extra-foraminal, décrite auparavant et non évoluée, et une arthrose interapophysaire postérieure prédominant en L4-L5, avec une importante prise de contraste des parties molles avoisinantes et dans les régions inter-épineuses, traduisant des lésions dégénératives. En cas de persistance de la symptomatologie malgré le traitement conservateur, une infiltration interapophysaire postérieure L4-L5 gauche devait être envisagée. Il n'y avait pas d'argument pour un canal lombaire étroit.
31. Le 30 octobre 2012, le Dr H_____ a rapporté une aggravation de l'état de santé de l'assuré, sans changements dans les diagnostics. La capacité de travail restait nulle. L'assuré présentait des limitations psychiques et physiques sous forme de polyalgies, d'importantes difficultés de concentration et de mémoire, d'un ralentissement psychomoteur et d'une diminution du seuil de tolérance au stress. Un examen complémentaire était nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail.
32. Le 11 avril 2013, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'il avait l'intention de confier une expertise au docteur M_____, spécialiste FMH en psychiatrie, et lui a soumis la liste des questions qu'il entendait lui soumettre.
33. Une IRM médullaire du 25 avril 2013 a mis en évidence des discopathies de C4 à C7 et une hernie discale C5-C6, médiane et latérale gauche, en contact avec le cordon médullaire sans compression, les foramina inter-vertébraux étant libres.
34. Le Dr M_____ a rendu son rapport en date du 10 janvier 2014. Il y a résumé le dossier de l'assuré avant de relater son anamnèse personnelle et médicale. L'assuré avait notamment indiqué qu'il s'était inscrit à l'assurance-chômage après son licenciement. Ses dorsalgies s'étaient intensifiées depuis le début de l'année 2012. Il avait repris une activité à mi-temps au mois de mai 2013 auprès de Mobilité Pour Tous. Il s'agissait d'une activité bénévole, consistant à accompagner des personnes âgées ou handicapées physiques ou mentales dans leurs déplacements pendant la journée. Il considérait cette activité mentalement difficile, et pénible sur le plan physique. Il espérait une aide de l'OAI pour trouver un travail adapté à son état de santé. Il avait suivi plusieurs cours de français. Il pouvait s'exprimer dans cette langue et la lisait mais il était très limité dans l'écriture. L'assuré déclarait que ses difficultés psychiques avaient débuté après l'apparition des douleurs à partir de la deuxième chute au travail, en juin 2007. Son état psychique s'était également dégradé dans le contexte de la perte de son travail, des ennuis de santé de sa femme et de la séparation du couple. Il disait avoir séjourné deux semaines à la Clinique genevoise de Montana au mois d'avril 2013. Lors des pics de douleurs, il était

psychiquement « en bas ». Ces périodes pouvaient durer d'une semaine à un mois. Entre les pics de douleurs, il disait ne pas se sentir très bien. Il existait des périodes de bien-être de quelques jours à une semaine. Actuellement, il se situait dans une période de mal-être accru. Il se disait affecté par ses oublis, qui avaient justifié des investigations neuropsychologiques et une consultation chez un neurologue, lesquelles avaient révélé des troubles de l'attention en lien avec le traitement médicamenteux, mais pas de troubles mnésiques. Lorsque son moral était très bas, ce qui se produisait quatre à cinq fois par mois, l'assuré avait une consommation d'alcool accrue. Il négligeait ses tâches administratives, bien qu'il les assume, et était limité par ses douleurs et un manque d'envie pour les activités ménagères. Spontanément, il se plaignait de douleurs dans le dos, de problèmes psychiques, d'oublis et de problèmes financiers. Il se disait irritable avec ses amis. Il faisait part de problèmes de concentration et de mémoire. Il ne savait pas dans quelle direction il allait. Sur question, il faisait part d'une tristesse permanente, accompagnée de pleurs. Il ne pouvait pas dire si des activités étaient sources de plaisir. Il mentionnait une diminution de l'énergie, une perte de la confiance en soi. Il disait s'adresser des reproches, sans pouvoir en donner d'exemples. Il signalait des idées de mort et parfois de suicide (défenestration, médicaments). Il rapportait une angoisse et un état de tension, des troubles de l'endormissement dus aux douleurs et aux ruminations, ainsi qu'une diminution de l'appétit, avec une perte de 13 à 14 kg depuis un an.

L'expert a exposé qu'au status, l'assuré était souriant et s'exprimait volontiers. Il ne présentait pas de signes de fatigue (bâillements, somnolence, temps de latence accru des réponses aux questions), mais il avait un comportement algique. Il n'y avait pas de démonstrativité ni de théâtralité. Le fonctionnement intellectuel était dans la norme, et l'assuré n'avait pas de labilité émotionnelle. L'humeur était discrètement déprimée, avec parfois un discours négatif, un découragement et un épisode de larmes aux yeux, mais il n'y avait pas de tristesse franche continue, de diminution de l'élan vital, ni d'abattement. La mimique, la gestuelle et la modulation de la voix étaient conservées. Le Dr M_____ ne constatait pas de ralentissement idéomoteur. Il ne décelait pas d'angoisse, ni de tension ou d'irritabilité. Le discours spontané avait lieu normalement. Il était relativement structuré, avec parfois une tendance à être circonlocutoire ou circonstancié. L'assuré avait conservé la capacité de projection dans l'avenir. Il n'y avait pas de bizarreries dans les croyances ou le comportement, ni d'idées délirantes, d'éléments psychotique, maniaque ou hypomaniaque.

L'expert n'a retenu aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. L'assuré présentait un épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F 32.00) depuis le mois d'avril 2011, et des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation épisodique (F 10.26) depuis le début de l'année 2013, sans incidence sur sa capacité de travail. Le développement psycho-affectif de l'assuré n'avait pas été marqué par des événements ou des

conditions défavorables susceptibles d'entraver le processus normal de mise en place de la personnalité. Il ne souffrait pas d'un trouble de la personnalité au sens des classifications officielles, ce diagnostic exigeant des dysfonctionnements prononcés permanents depuis l'adolescence. L'assuré avait été apte à s'intégrer dans le monde du travail. Sa biographie professionnelle montrait une relative stabilité. Il semblait avoir été un employé apprécié et responsable. Son état psychique s'était dégradé avec l'intensification des douleurs à la suite de la deuxième chute en juin 2007, avant lesquelles il ne signalait pas de souffrance psychique. Par la suite, la perte de l'activité professionnelle, puis les difficultés psychologiques de sa femme et la séparation du couple à la fin de l'année 2011 s'étaient ajoutées. L'humeur était actuellement discrètement déprimée. Il fallait admettre une anhédonie partielle, dès lors que l'assuré avait des contacts avec sa fratrie une à deux fois par semaine et qu'il ne fuyait pas ses contacts. Il aimait la marche, même si cette activité était limitée en raison de ses douleurs. Les activités appréciées dans le passé étaient le football, l'informatique et la musique. Il n'y avait pas de diminution de l'énergie, il n'y avait pas de perte de la confiance en soi manifeste ni de sentiments de culpabilité excessifs ou inappropriés. Eu égard à la présence d'idées de mort, de troubles du sommeil, de ruminations, de la diminution de l'appétit accompagnée d'une perte pondérale, certains critères pour la présence d'un épisode dépressif léger étaient vérifiés. Il n'y avait pas d'éléments suffisants pour retenir un syndrome somatique (absence d'anhédonie marquée ; absence de manque de réactivité émotionnelle ; pas de pôle dépressif matinal ; pas de ralentissement psychomoteur ou d'agitation psychomotrice ; absence de perte marquée de l'appétit ou d'au moins 5 % du poids corporel au cours du dernier mois). Par conséquent, le diagnostic d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F 32.00) devait être posé. S'agissant des éléments-clés potentiellement incapacitants de la dépression, on n'observait pas de diminution de l'énergie avec une diminution de l'élan vital. En effet, l'assuré se présentait comme une personne plutôt vive et tonique. Si l'analyse du déroulement du quotidien montrait des activités relativement réduites pendant la journée, cela était plutôt le fait d'un désœuvrement que d'une perte de l'élan vital. L'assuré assumait par ailleurs l'accompagnement de personnes handicapées à hauteur d'un mi-temps. Pour cette raison, il n'y avait pas non plus d'aboulie. Il n'y avait pas de ralentissement idéique ni moteur. Il n'y avait pas de diminution de l'aptitude à penser. Les troubles de la concentration et de la mémoire rapportés par l'assuré ne se vérifiaient pas à l'observation clinique. En effet, au cours de l'entretien, l'assuré avait compris et répondu aux questions sans hésitations ou temps de latence anormalement accrus, et il avait rectifié de manière précise et pertinente les erreurs figurant dans le dossier médico-administratif sur son parcours professionnel. Il avait été à même de faire la description précise d'événements dans son passé proche ou lointain, ou encore de restituer des dates exactes. Il avait maintenu son attention tout au long des deux heures quarante-cinq de l'entretien et avait été capable de faire face à un questionnement soutenu. À une occasion, il avait demandé à pouvoir faire une

pause car ses pensées se mélangeaient, mais le psychiatre n'avait alors pas objectivé de fléchissement des aptitudes d'attention et de concentration. Enfin, rien n'indiquait une perte de la confiance en soi. Ainsi, par exemple, si son activité bénévole était stressante en raison du handicap des personnes qu'il accompagnait, elle se déroulait dans des conditions satisfaisantes. En outre, il était récemment parti en vacances chez son frère en Allemagne, et le retour avait eu lieu seul en train. Il n'y avait ainsi actuellement pas de limitations fonctionnelles psychiques en lien avec l'épisode dépressif léger dont il souffrait. Sur le plan de la dépression, il n'y avait pas d'incapacité de travail. L'exigibilité était entière. L'assuré expliquait que lors des moments de mal-être psychique accru, il consommait de la bière ou jusqu'à un litre de vin par jour depuis environ un an, mais pas jusqu'à ébriété. Ces épisodes survenaient quatre à cinq fois par mois et duraient un à deux jours. Ils justifiaient le diagnostic de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool ; utilisation épisodique (F 10.26). Il s'agissait d'une problématique de type secondaire, puisqu'elle s'inscrivait dans le cadre de la dépression. Ces abus d'alcool étaient limités dans leur intensité et n'entraînaient pas de séquelles incapacitantes, plus particulièrement pas de séquelles neuropsychologiques. L'assuré avait été adressé par son médecin traitant au docteur N_____, spécialiste FMH en neurologie, à la suite de plaintes mnésiques et de concentration. Dans ce contexte, des investigations avaient été confiées à Madame O_____, neuropsychologue. Cette dernière avait expliqué que l'assuré présentait des troubles de l'attention, qui n'étaient pas observables cliniquement mais qui apparaissaient de manière sévère lors de la passation de tests et plus particulièrement lorsqu'il s'agissait d'effectuer plus d'une tâche à la fois ou une tâche après l'autre de manière rapide. Elle estimait que ces aspects s'inscrivaient dans le contexte de la prise médicamenteuse actuelle, en particulier le tapentadol (Palexia®). Elle ne mettait en revanche pas en évidence de troubles de la mémoire. Selon la neuropsychologue, les troubles de l'attention étaient incompatibles avec l'activité réalisée au restaurant, plus particulièrement de caviste. En revanche, elle considérait que ces aspects étaient susceptibles d'être rapidement réversibles (quatre semaines au maximum) avec l'ajustement de la médication. Partant, les troubles de l'attention et de la concentration ne constituaient pas une affection psychiatrique. On devait retenir que ces atteintes n'étaient pas constitutives d'une incapacité de travail durable puisqu'elles étaient rapidement réversibles avec un ajustement de la médication. En effet, la posologie du tapentadol était élevée (deux fois 100 mg par jour, alors que la posologie maximale habituelle était de 100 mg par jour).

Les éléments de pronostic favorable étaient l'absence de trouble de la personnalité, la recherche de soins spécialisés, l'évolution favorable de la dépression, l'absence d'hérédopathie ainsi que les liens socio-familiaux relativement préservés. Les éléments de pronostic défavorable étaient la problématique alcoolique ainsi que le facteur de stress constitué par les dorsalgies. Globalement, le pronostic devait être qualifié de plutôt favorable. Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles psychiques

susceptibles d'être à l'origine d'une incapacité de travail durable. L'exigibilité est de 100 % sur le plan psychiatrique. Cela était d'autant plus le cas que l'assuré disait être actuellement dans une période de mal-être psychique accru. Par le passé, le Dr H_____ avait attesté d'une incapacité de travail totale depuis le mois d'octobre 2010, Or, la prise en charge psychiatrique n'avait débuté qu'au mois d'avril 2011. C'était donc à cette date que remontait l'incapacité de travail passée. En effet, les signes et symptômes relevés par le psychiatre traitant dans son rapport du 11 juin 2011 étaient compatibles avec un épisode dépressif sévère entraînant une inaptitude au travail de 100 %. À l'anamnèse dirigée, il n'était pas possible de dater le moment de l'amélioration actuelle, et le dernier rapport du Dr H_____ datait du 30 octobre 2012. Un indice parlant en faveur d'une amélioration de l'état psychique pouvait être constitué par la prise de l'activité bénévole à mi-temps au mois de mai 2013. Par conséquent, la récupération d'une pleine capacité de travail devait être fixée à mai 2013. Une incapacité de travail totale était reconnue du 1^{er} avril 2011 au 30 avril 2013, et la capacité de travail était entière par la suite.

35. Le 1^{er} mars 2014, la Dresse L_____ a confirmé que l'état de santé de l'assuré était stationnaire.
36. Le 29 août 2014, l'OAI a calculé le degré d'invalidité de l'assuré. Pour le revenu après invalidité, il s'est référé au revenu statistique tiré d'activités simples et répétitives pour un homme selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2010, TA1, Ligne Total, niveau 1), soit CHF 4'901.-. Adapté à la durée normale de travail de 41.6 heures, le revenu annuel était de CHF 61'164.- à 100 %, et de CHF 55'048.- en tenant compte d'un abattement de 10 % au vu des limitations fonctionnelles. Le revenu sans atteinte à la santé était de CHF 49'400.- conformément au rapport de l'employeur du 1^{er} juin 2010. Le degré d'invalidité était ainsi nul.
37. Dans son avis du 12 novembre 2014, la doctoresse P_____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), s'est déterminée sur la sévérité des atteintes psychiques évoquées par le Dr H_____. Elle a considéré que l'expert n'avait pas donné d'explications convaincantes pour qu'on puisse retenir une incapacité de travail totale entre avril 2011 et avril 2013. En effet, si l'on se basait sur les divers rapports des conseillers en réadaptation, plusieurs stages en entreprise avaient été réalisés par l'assuré durant cette période. L'assuré était inscrit au chômage depuis son licenciement en septembre 2010. Il avait bénéficié de mesures financées par le chômage d'août 2011 à avril 2012 (IPT d'août 2011 à mars 2012 puis cours de français de mars à avril 2012). Il n'y avait pas eu d'interruption des différentes mesures pour des raisons psychiques. De ce fait, bien qu'on puisse admettre une aggravation de l'état de santé de l'assuré pour des raisons psychiques, elle n'avait pas représenté une incapacité de travail durable puisqu'elle ne l'avait pas empêché de suivre différents stages en entreprise.
38. Le 27 novembre 2014, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré niant le droit aux prestations. Il a retenu que selon les documents médicaux, ce dernier disposait

d'une capacité de travail entière depuis décembre 2010. Reprenant le calcul du degré d'invalidité, l'OAI a conclu à une perte de gain nulle.

39. Dans un courrier du 8 juin 2013 à l'OAI, cosigné par l'assuré, l'épouse de ce dernier a contesté le refus du droit aux prestations. Elle a longuement évoqué ses propres difficultés et affirmé que les médecins avaient été négligents dans les soins prodigués à l'assuré, auquel le projet de décision avait asséné un coup de grâce. C'était un homme fort, ayant de la peine à exprimer sa souffrance à l'extérieur et ne se plaignant pas. Cela avait pu fausser les constatations médicales. L'assuré avait depuis une année un fragment dans l'œil. Elle invitait l'OAI à tenir compte des conséquences d'une décision de refus, qui se répercutaient également sur son propre état de santé. Elle craignait que l'assuré tente de mettre fin à ses jours. Elle en appelait à la bienveillance de l'OAI, qu'elle enjoignait de consulter son propre dossier. Pour le surplus, elle a posé plusieurs questions sur le libellé du projet de décision adressé à l'assuré.
40. Le 11 janvier 2015, l'assuré a transmis les documents suivants à l'OAI :
- a. rapport de consultation spécialisée du rachis des HUG du 7 juin 2013, excluant une indication opératoire en l'absence de corrélat clinique et radiologique ;
 - b. rapport de Mme O_____ du 6 janvier 2014. L'assuré s'était plaint auprès d'elle d'oublis majeurs, de se trouver désorganisé, irritable, voire agressif, et de moins bien contrôler son impulsivité. Ces troubles étaient présents depuis plusieurs années, mais accentués ces cinq derniers mois. L'examen avait révélé des troubles attentionnels majeurs, sévères à l'attention divisée et au déplacement du foyer attentionnel, avec une attention soutenue et diffuse limitée, et de légères difficultés exécutives dans l'organisation et la planification fine. L'assuré relatait depuis sa jeunesse des difficultés attentionnelles mineures, toujours bien compensées, une certaine impulsivité et un fort régime d'activités. Ces difficultés étaient actuellement accrues en présence des problèmes de santé et de la thymie colorée par une tonalité dépressive. Ces éléments indiquaient, sur le plan diagnostique, que les troubles cognitifs actuels pourraient se révéler multifactoriels : une composante de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (probablement légère), accrue dans le double contexte de l'état dépressivo-anxieux actuel, et de l'effet de médicaments délétères sur le plan de la mémoire et de l'attention, la morphine notamment. Il y aurait lieu d'examiner l'indication à un traitement de Ritaline.
 - c. rapport d'IRM lombaire du 28 juillet 2014, mettant en évidence des séquelles d'une maladie de Scheuermann en D12-L1, une dégénérescence discale L4-L5, plus accusée en L5-S1, une protrusion discale L4-L5 de localisation médiane et paramédiane appuyant sur la partie antérieure du fourreau dural sans répercussion sur les racines, une hernie discale L5-S1 foraminale gauche en contact avec la racine L5 et une sclérose de surcharge des facettes articulaires postérieures.

- d. rapport du 2 septembre 2014 du docteur Q_____, spécialiste FMH en neurologie, concluant à un électroneuromyographe (ci-après : ENMG) dans les limites de la norme. Un traitement conservateur des lombosciatalgies était préconisé.
- e. certificat de la Dresse L_____ du 16 décembre 2014, retenant les diagnostics de troubles de l'attention avec hyperactivité, d'état dépressif majeur avec traitement psychothérapeutique et médicamenteux, de lombosciatalgies droites sur dégénérescence discale L4-L5 et L5-S1 et protrusion discale L4-L5 médiane et paramédiane avec discrète radiculopathie L5 droite, infiltrées à plusieurs reprises, la dernière fois le 3 novembre 2014, de séquelles de maladie de Scheuermann en D12-L1, de cervicobrachialgies prédominant à droite, de hernie discale C5-C6 médiane et latérale gauche et de discopathie C4-C7. L'assuré souffrait en permanence de cervicalgies et lombosciatalgies droites en dépit des traitements instaurés. Malgré ses douleurs, il avait voulu se rendre utile et avait fait du bénévolat à 50 % du 1^{er} février 2013 au 1^{er} mars 2014, qu'il avait dû arrêter en raison des douleurs et des troubles de la mémoire et de l'attention. Ainsi, une reprise du travail à 100 % ne semblait pas envisageable pour l'instant.
41. Le 7 août 2015, la Dresse L_____ a indiqué à l'OAI que l'état de santé de l'assuré n'avait pas évolué depuis mars 2014. Malgré cela, ce dernier avait demandé à faire du bénévolat à 50 % car il ne supportait pas d'être inactif.
- Elle a joint un rapport d'IRM cervicale du 29 juillet 2015, concluant à une dégénérescence discale C5-C6 et C6-C7, à une hernie discale C5-C6 de localisation paramédiane gauche en conflit discret avec la racine C6 gauche, à une hernie discale C6-C7 de localisation médiane, paramédiane droite en conflit avec la racine C7 droite, à une discrète uncarthrose en C5-C6 et C6-C7, et à une légère compression du cordon médullaire dans sa partie antérieure en C5-C6.
42. Le 14 octobre 2015, l'assuré a consulté les médecins du Service de neurochirurgie des HUG en raison de ses cervicobrachialgies. Ceux-ci ont constaté une hypoesthésie diffuse au membre supérieur gauche et une contracture musculaire paracervicale, majorée à gauche. Ils ont émis plusieurs propositions thérapeutiques et préconisé un suivi antalgique.
43. Dans un rapport du 4 novembre 2015, la doctoresse R_____, spécialiste FMH en psychiatrie et nouveau médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'état dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F 32.2), de perturbation de l'activité et de l'attention (F 90.0) et de hernies discales invalidantes. L'assuré était tendu, anxieux et algique. Il avait beaucoup de peine à tenir en place. Ses affects étaient émoussés, il avait une perte de l'élan vital et une fatigue. Ses difficultés de concentration et de mémoire étaient très importantes. Le pronostic était celui d'une chronicisation de l'état algodépressif. Elle a renvoyé aux arrêts de travail prescrits par la Dresse L_____.

Aucune activité n'était exigible actuellement et dans le futur. Les limitations fonctionnelles existaient depuis 2010.

44. Une IRM lombaire réalisée le 9 novembre 2015 a mis en évidence une irrégularité des plateaux vertébraux à l'étage dorsal inférieur traduisant des séquelles d'une maladie de Scheuermann, une dégénérescence discale L4-L5 et L5-S1, une protrusion discale L4-L5 sans contrainte radiculaire, et une protrusion discale foraminale gauche L5-S1 en contact modéré avec la racine L5 gauche sans évolution.
45. Dans leur rapport du 14 décembre 2015, les médecins du Service de rhumatologie des HUG ont posé les diagnostics de rachialgies diffuses, lombosciatalgies bilatérales et cervico-brachialgies à prédominance gauche. Ils ont noté que le traitement habituel n'était pas très efficace. L'assuré n'avait pas fait beaucoup d'étirements dernièrement, et ne semblait pas très motivé par un travail actif en physiothérapie en raison de ses douleurs trop importantes. Il évoquait également un problème à l'œil droit. Les rhumatologues n'avaient pas de proposition thérapeutique particulière à ce stade. Ils n'étaient pas convaincus que l'assuré parviendrait à suivre les consignes et une physiothérapie active. Il leur semblait que les comorbidités psychiatriques participaient à l'ampleur des symptômes, l'assuré étant extrêmement tendu et limité en mobilisation lors de l'examen physique. Il était difficile même de lui plier le genou, alors qu'il parvenait à enlever ses chaussures sans aide.
46. Dans un rapport du 22 janvier 2016, les médecins du Service de neurochirurgie des HUG ont noté que les douleurs avaient changé de caractère, avec une cervico-rachialgie bilatérale prédominant à droite. L'assuré consultait pour réévaluation après une infiltration périradiculaire C6, qui s'était révélée sans effet. Il était ainsi peu probable que cette hernie soit responsable de la symptomatologie. Ni le traitement antalgique, ni la physiothérapie n'avaient d'effet réel. L'examen clinique était limité par des douleurs à la moindre mobilisation. Malgré les découvertes radiologiques, la symptomatologie diffuse des membres supérieurs sans réel trajet radiculaire n'était pas expliquée complètement, et une indication opératoire n'était pas retenue. Une prise en charge spécialisée de la douleur avait été proposée à l'assuré, qui l'avait refusée.
47. Le 3 février 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'un examen médical était confié aux docteurs S_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et T_____, spécialiste FMH en psychiatrie.
48. Les Drs S_____ et T_____ ont examiné l'assuré le 8 mars 2017. Dans leur rapport établi le 27 mars suivant, ils ont résumé son dossier médical avant de relater son anamnèse et ses plaintes. L'assuré évoquait des douleurs chroniques, des angoisses, une tristesse et des troubles de la concentration.

Le médecin rhumatologue a rapporté les constatations relevées lors du status clinique, en indiquant avoir été confronté à des auto-limitations aux quatre

extrémités. Il a relevé des signes de Waddell et des signes de Kummel. Il existait en outre une discrédance de 21 cm entre la distance doigts-sol et la distance doigts-orteil, soit un signe en faveur du trouble du comportement. Seize points de Symthe sur dix-huit étaient présents.

La psychiatre a indiqué dans son status ne pas avoir objectivé de troubles de la mémoire, de la concentration ou de l'attention, ni de ralentissement psychomoteur ou d'agitation psychomotrice. L'assuré ne présentait pas d'adynamie, d'anhédonie, de perte de l'élan vital, de diminution du plaisir, de sentiment de dévalorisation, de persécution ou de culpabilité. Il ne verbalisait pas d'idées suicidaires durant l'entretien. Elle n'objectivait pas de symptômes de la lignée psychotique en faveur d'un diagnostic de dépression majeure. L'assuré ne présentait pas de fatigue. La Dresse T_____ n'objectivait pas d'augmentation de la fatigabilité durant l'entretien, ni d'angoisse, ni de symptômes en faveur d'un diagnostic d'anxiété généralisée. L'assuré ne présentait pas d'agoraphobie, de phobie ou de claustrophobie. Il s'exprimait avec un fort accent. Son discours était cohérent et plaintif. La psychiatre n'objectivait pas de symptômes de la lignée psychotique. L'intelligence était dans les limites de la norme. L'assuré se positionnait dans un rôle de malade et de victime. Il présentait des plaintes somatiques qu'il amplifiait verbalement. Il était démonstratif. Il ne présentait pas de sentiment de détresse ni de comportement algique. Aucun symptôme en faveur d'un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ni de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques n'était retenu. L'appétit était décrit comme diminué. Aucun symptôme en faveur d'un diagnostic de stress post-traumatique, de trouble obsessionnel compulsif ou d'un trouble de la personnalité morbide n'avait été objectivé.

Les experts ont ensuite rappelé le contenu du dossier radiologique avant de poser les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies bilatérales à prédominance droite, sans caractère radiculaire irritatif, sans déficit neurologique, sur troubles dégénératifs (discopathies L4-L5 et L5-S1, arthrose postérieure pluriétagée) (M 51.3). Le diagnostic associé était celui de cervicobrachialgies bilatérales à prédominance gauche, sans caractère irritatif et sans déficit neurologique dans le contexte de troubles dégénératifs C5-C6 et C6-C7 (hernie discale C5-C6 paramédiane gauche, hernie discale C6-C7 médiane et paramédiane, discrète uncarthrose C5-C6 et C6-C7) (M 47.8). Les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail étaient ceux de fibromyalgie (M 79.0) ; de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation épisodique (F 10.26) ; de trouble dépressif récurrent en rémission complète (F 33.4), diagnostic anamnétique ; et de perturbation de l'activité et l'attention en rémission sous traitement médicamenteux (F 90.0).

Dans leur appréciation, les médecins ont noté que l'assuré avait toléré la position assise durant une heure vingt-cinq pendant le recueil anamnétique. Il avait durant cette période allégué une perte des idées et avait pris un comprimé de Ritaline.

L'examen neurologique était normal. En effet, l'hyposensibilité hémicorporelle droite ne correspondait à aucun trajet radiculaire et ne pouvait s'expliquer par des images radiologiques, cervicales et lombaires. Il n'y avait aucune fonte musculaire. Malgré une participation suboptimale de la part de l'assuré, la force était symétrique et normale à tous les niveaux. L'examen musculo-squelettique était parasité par des limitations inexpliquées par les images radiologiques, que l'examinateur considérait donc comme des auto-limitations. La mobilité était symétrique aux quatre extrémités, sans aucun signe inflammatoire articulaire ou musculo-tendineux. Au niveau rachidien, il n'y avait aucun trouble statique. Certes, la mobilité était limitée dans toutes les directions par les douleurs alléguées par l'assuré. Au terme de l'examen clinique, parasité par un comportement d'invalidé qui laissait l'examinateur indifférent, on ne décelait pas de signes de gravité que ce soit au niveau du rachis ou des articulations périphériques. En l'absence d'un traumatisme quelconque aux membres inférieurs ou supérieurs, il était difficile de comprendre et d'expliquer les limitations articulaires à tous les niveaux. L'examen permettait de retenir des motifs d'exclusion. Une fibromyalgie était retenue. Les médecins avaient pu observer un comportement pour le moins théâtral, l'assuré tendant par tous les moyens à prouver qu'il était gravement atteint dans sa santé. Certains facteurs étrangers jouaient un rôle dans la réinsertion, notamment la longue période d'inactivité. L'assuré n'avait aucune formation. En revanche, la communication en français ne semblait pas poser de problèmes, et son jeune âge devrait l'inciter à retrouver une activité adaptée.

Dans l'activité de barman ou serveur, la capacité de travail était nulle. Les médecins confirmaient l'appréciation du Dr F_____, en raison de l'atteinte dégénérative lombaire légèrement progressive au fil des années et de l'atteinte dégénérative cervicale découverte plus tard. Les divers examens radiologiques effectués après l'expertise de 2010 ainsi que les diverses consultations spécialisées ne permettaient pas de retenir une aggravation au niveau lombaire. L'élément nouveau relevait des cervicobrachialgies, l'IRM ayant montré des signes dégénératifs. En l'absence d'un corrélat radio-clinique clair, cette atteinte aurait pu, théoriquement, empêcher l'assuré d'exercer son activité adaptée pendant un ou deux mois, mais en tout cas pas durablement. Dès le 25 avril 2013, on pouvait retenir des limitations fonctionnelles théoriques d'épargne du rachis avec toujours une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Face à la maladie, l'assuré déclarait qu'il ne pouvait plus rien faire et qu'il s'attendait à recevoir une compensation. Il était fixé sur la notion de sciatique et de hernie discale, qu'il avait répétée à plusieurs reprises pendant l'anamnèse et l'examen. La multitude d'IRM réalisées sans que celles-ci ne montrent de graves altérations dégénératives progressives renforçait l'assuré dans son comportement d'invalidé et son incapacité totale à exercer la moindre activité. À moins d'éléments cliniques déficitaires clairs, de nouveaux examens d'imagerie ne semblaient pas nécessaires. Le pronostic de reprise était mauvais, l'assuré étant persuadé qu'il souffrait d'atteintes graves. Au vu des pièces du dossier, on pouvait raisonnablement exiger de lui qu'il s'investisse

dans une mesure de réinsertion avec un taux de présence minimal de deux heures par jour et quatre jours par semaine, sans obligation de rendement, avec une augmentation progressive du taux de présence et du rendement. La fibromyalgie était sans effet sur la capacité de travail, puisque les ressources personnelles de l'assuré n'étaient pas altérées selon ses déclarations à l'expert psychiatre. En conclusion, l'assuré présentait des troubles dégénératifs débutants aux niveaux cervical et lombaire, empêchant une activité lucrative contraignante telle que barman ou garçon de buffet. Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles d'épargne du rachis lombaire, la capacité de travail était entière et elle le restait dans une activité adaptée épargnant le rachis cervical dès le 25 avril 2013.

Au plan psychiatrique, la Dresse T_____ a répété qu'il n'y avait pas d'adynamie, d'anhédonie, de perte de l'élan vital, de diminution du plaisir, de sentiment de culpabilité, de persécution ou de dévalorisation, et l'assuré ne verbalisait pas d'idées suicidaires. Aucun signe floride de la lignée dépressive ou faveur d'un diagnostic de dépression majeure n'avait été objectivé. Partant, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode sévère retenu par le médecin traitant était en rémission complète et ne justifiait pas une diminution de la capacité de travail. L'assuré déclarait boire environ trois bières et deux verres de vin rouge par jour et parfois deux verres de vodka le soir, mais pas tous les jours. Il disait avoir diminué sa consommation depuis quelques mois. Le diagnostic de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation épisodique sans incidence sur la capacité de travail, était ainsi retenu. L'assuré devait bénéficier d'un sevrage alcoolique et d'un suivi spécialisé. S'agissant du diagnostic de perturbation de l'activité et de l'attention, l'évolution était favorable et l'état actuel de l'assuré ne justifiait pas une diminution de la capacité de travail. Au vu de l'anamnèse négative concernant les manifestations d'un éventuel déficit de l'attention pendant l'enfance et le début de l'âge adulte, la Dresse T_____ émettait des doutes quant à une composante de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. En conclusion, l'état de l'assuré s'était nettement amélioré au plan anxio-dépressif et cognitif, et la capacité de travail actuelle était entière dans toute activité. En ce qui concernait le diagnostic de fibromyalgie, l'état était stabilisé sur le plan psychiatrique. L'assuré avait une vie sociale normale, et il assumait partiellement les activités de la vie quotidienne. Il souffrait d'un alcoolisme chronique existant en tout cas depuis 2013, qui n'avait pas entraîné des troubles cognitifs irréversibles. Il ne présentait aucun trouble de la personnalité morbide. Il avait de bonnes ressources d'adaptation, et il disposait actuellement des ressources disponibles, du soutien de sa famille et de la prise en charge médicale. La Dresse T_____ avait objectivé des divergences entre les symptômes décrits et le comportement de l'assuré en situation d'examen, entre les observations faites par les médecins traitants ou entre les éléments du dossier et les activités quotidiennes de l'assuré. L'expertise psychiatrique de 2014 ne mettait en évidence aucune pathologie psychiatrique à caractère incapacitant, et l'état de l'assuré était

désormais visiblement stabilisé. Il s'agissait d'aggravations ponctuelles en 2015-2016, de courte durée, suivies d'amélioration.

Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : éviter les activités avec les bras au-dessus de la tête, le port de charges supérieures à 10 kg, les positions en porte-à-faux, les positions accroupi ou à genoux. Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique. La capacité de travail dans une activité adaptée était complète depuis avril 2010. Elle devait être traduite en termes de métiers par un spécialiste de la réadaptation.

49. Par décision du 29 mars 2017, l'OAI a nié le droit de l'assuré à des prestations. Il s'est référé aux conclusions des médecins du SMR, selon lesquelles l'assuré avait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis décembre 2009. En revanche, elle était entière dans une activité adaptée avant la fin du délai de carence d'un an. Par conséquent, la comparaison des revenus aboutissait à un degré d'invalidité nul.
50. L'assuré a interjeté recours contre la décision de l'OAI par courrier du 25 avril 2017. Au vu de ses nombreuses limitations physiques et psychiques, il était inacceptable de le déclarer inapte à exercer son ancienne profession tout en considérant qu'il pouvait en exercer une autre. Ses stages s'étaient soldés par des échecs. Ses tâches quotidiennes étaient également limitées en raison de ses douleurs et de sa fatigue.
51. Dans sa réponse du 29 mai 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a retenu que la décision attaquée se fondait sur une instruction médicale complète. Le rapport d'expertise rhumatologique du 25 novembre 2010 devait se voir reconnaître pleine valeur probante. Tel était également le cas de l'expertise psychiatrique du 10 janvier 2014, à l'exception de la conclusion quant à la capacité de travail pour la période du 1^{er} avril 2011 au 30 avril 2013. L'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 10 janvier 2014 (*recte* : 8 mars 2017) répondait également à tous les réquisits jurisprudentiels applicables en matière de rapports médicaux. C'était ainsi à juste titre que l'intimé avait retenu que le recourant présentait une capacité de travail nulle dans son activité habituelle depuis le 20 décembre 2009. S'agissant de la capacité de travail entière dans une activité adaptée, il convenait de corriger la date retenue dans la décision litigieuse. En effet, conformément aux examens, ladite capacité existait depuis le mois d'avril 2010.
52. Le 11 juillet 2017, la chambre de céans a invité l'intimé à lui indiquer la suite donnée à la recommandation des Drs S_____ et T_____ de traduire la capacité de travail dans l'activité adaptée retenue en termes de métiers par un spécialiste de la réadaptation, et à décrire les activités qui pourraient être exercées.
53. L'intimé a déféré à cette requête le 22 août 2017. Il a affirmé que la mention des médecins examinateurs au sujet de la capacité de travail résiduelle à faire traduire en termes de métiers avait pour but de distinguer les tâches incombant aux médecins de celles des professionnels de la réadaptation. Dans la mesure où les

Drs S_____ et T_____ avaient décliné clairement les limitations fonctionnelles, l'intimé avait procédé au calcul du degré d'invalidité. Un examen de la part des spécialistes de la réadaptation n'était pas indiqué. En effet, un nombre significatif d'activités adaptées aux limitations fonctionnelles retenues était accessible sans aucune formation particulière. L'intimé n'était ainsi pas tenu de décrire avec précision les activités exigibles. Pour le surplus, il a déclaré persister dans ses conclusions.

54. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture à l'intimé en date du 25 août 2017, et lui a imparté un délai pour le dépôt d'éventuelles observations.
55. À l'expiration de ce délai, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en force le 1^{er} janvier 2003, est applicable à la présente procédure.
3. Le recours, déposé dans les délai et forme prévus par la loi, est recevable (art. 56ss LPGA).
4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité.
5. Selon l'art. 8 al. 1^{er} LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1^{bis} LAI en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but

de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références).

De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2 ; ATF 124 V 108 consid. 3a).

6. En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.
7. a) Pour trancher le droit aux prestations d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).
- b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du

dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 ; ATF 122 V 157 consid. 1c). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

d) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

8. Dans un récent arrêt de principe, le Tribunal fédéral a établi des exigences accrues en matière de participation des assurés lorsqu'une assurance sociale diligente une expertise, eu égard à leur droit d'être entendus. Ces exigences comprennent le droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées, et d'en formuler d'autres (ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9).

Ces exigences ressortent également des art. 57 ss de la loi sur la procédure civile fédérale (PCF – RS 273), applicables par analogie à la procédure administrative (Marco WEISS, *Die Mitwirkungsrechte der Bundeszivilprozessordnung im Sozialversicherungsrecht : aktuelle Entwicklungen in der bundesgerichtlichen Rechtsprechung in AJP* 2016 p. 1214).

Le fait pour une assurance de ne pas permettre à un assuré d'exercer les prérogatives résultant de son droit d'être entendu, soit en particulier celui de se prononcer sur la nomination de l'expert, sur les questions à poser, ainsi que sur le

résultat de l'expertise, relève d'une grave violation de ce droit (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 22/03 du 10 juillet 2003 consid. 4). Ce vice ne peut être réparé lorsque l'expertise constitue l'élément central et prépondérant de l'instruction (RAMA 2000 n° U 369 p. 104 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 265/04 du 23 septembre 2005 consid. 2.3).

9. En l'espèce, l'intimé a fondé sa décision sur les conclusions des Drs S_____ et T_____, aux termes desquelles le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Sur le fond, le rapport de ces médecins appelle les remarques suivantes. S'agissant du volet psychiatrique, l'examinatrice s'est contentée de nier la présence de plusieurs symptômes de troubles psychiques dans son statut, lequel tient sur moins d'une page. Cette énumération des troubles qui ne sont pas constatés n'est cependant étayée par aucune observation concrète motivant l'exclusion de ces diagnostics. En effet, les seuls éléments ayant trait à la personne du recourant mentionnés par la Dresse T_____ sont qu'il parle avec un accent et qu'il est plaignant et démonstratif. Son rapport s'avère ainsi par trop laconique pour emporter la conviction.

S'agissant des diagnostics posés, on comprend en outre mal comment la psychiatre peut exclure sans autre explication le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, alors qu'elle affirme par ailleurs que le recourant amplifie verbalement ses plaintes. Elle n'a pas non plus exposé sur quels éléments se fondait le diagnostic de rémission de la perturbation de l'activité et l'attention sous traitement médicamenteux, qui n'est relié à aucune constatation clinique. Elle a par ailleurs évoqué une vie sociale normale et de bonnes ressources d'adaptation chez le recourant, qui bénéficierait du soutien de sa famille. En l'absence de toute description dans l'anamnèse ou dans le status qui permettrait de corroborer ces propos, on peine à en apprécier la pertinence. Il eût en outre été utile que la Dresse T_____ détaille les divergences qu'elle affirme avoir constatées entre le comportement de l'assuré et les observations des médecins. Enfin, cette psychiatre se réfère à de brèves aggravations ponctuelles en 2015 et 2016, suivies d'améliorations. Or, on ignore sur ce point également à quels événements elle se réfère, puisque l'anamnèse ne contient aucune indication sur l'évolution de la santé psychique du recourant durant cette période.

Du point de vue rhumatologique, le Dr S_____ a relevé que l'IRM révélait nouvellement des signes dégénératifs du rachis cervical. Sa conclusion, selon laquelle cette atteinte aurait pu théoriquement empêcher l'assuré d'exercer une activité adaptée pendant un ou deux mois, mais pas de manière durable, est cependant sibylline. En effet, dès lors qu'un phénomène dégénératif tend en général à s'aggraver avec le temps, à défaut d'explication concluante de l'expert, on ne comprend pas comment il cesserait de déployer des effets sur la capacité de gain après deux mois. On ignore en outre pourquoi le rhumatologue qualifie les

limitations de théoriques, puisque les atteintes du rachis ressortant des documents d'imagerie sont bien réelles.

Eu égard aux éléments qui précèdent, sur le fond, le rapport des Drs T_____ et S_____ ne constitue pas une base fiable permettant de déterminer la capacité de travail et de gain du recourant, et partant son degré d'invalidité.

En outre, même si ce document devait se voir conférer une pleine valeur probante, force est de constater que l'intimé ne s'est pas conformé aux principes dégagés par le Tribunal fédéral relatifs au droit d'un assuré d'être entendu sur les experts pressentis et leur mission. En effet, il n'a pas donné l'occasion au recourant de se déterminer sur la désignation des médecins examinateurs et sur les questions qui leur seraient posées. Dans la mesure où le rapport de ces derniers constitue un élément essentiel du dossier, il s'agit là d'une violation grave du droit d'être entendu du recourant, que la pleine cognition de la chambre de céans ne suffit pas à pallier. Partant, elle justifie un renvoi à l'intimé, à charge pour ce dernier de mettre en œuvre une nouvelle expertise en procédant conformément aux réquisits jurisprudentiels en matière de droits de participation des assurés, avant de statuer une nouvelle fois sur le droit aux prestations du recourant.

10. Le recours est partiellement admis.

Le recourant, qui n'est pas représenté, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), l'intimé sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

* * * * *

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 29 mars 2017.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
5. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Marie NIERMARÉCHAL

Raphaël MARTIN

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le